

Печать врачебной комиссии (медицинской организации)

 <*> Для водителей транспортных средств (кандидатов в водители), имеющих ограниченные физические возможности (инвалидов).

9. Врач-терапевт _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) " __ " _____ 20__ г. (дата освидетельствования)
Закключение _____ М.П. врача _____ (противопоказания имеются/отсутствуют)
10. Врач-хирург _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) " __ " _____ 20__ г. (дата освидетельствования)
Закключение _____ М.П. врача _____ (противопоказания имеются/отсутствуют)
11. Врач-невролог _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) " __ " _____ 20__ г. (дата освидетельствования)
Закключение _____ М.П. врача _____ (противопоказания имеются/отсутствуют)
12. Врач-офтальмолог _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) " __ " _____ 20__ г. (дата освидетельствования)
Закключение _____ М.П. врача _____ (противопоказания имеются/отсутствуют)
13. Врач-оториноларинголог _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) " __ " _____ 20__ г. (дата освидетельствования)
Закключение _____ М.П. врача _____ (противопоказания имеются/отсутствуют)
14. Врач-психиатр-нарколог _____ наркологического диспансера (кабинета) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) (дата освидетельствования) " __ " _____ 20__ г.
Закключение _____ (противопоказания имеются/отсутствуют) М.П. врача _____ М.П. медицинской организации
15. Врач-психиатр _____ психоневрологического диспансера (кабинета) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) (дата освидетельствования) " __ " _____ 20__ г.
Закключение _____ (противопоказания имеются/отсутствуют) М.П. врача _____ М.П. медицинской организации